

Revisado conforme por: _____

firma del personal

Fecha: _____ Exención: Sí No
(vea el reverso)



CERTIFICATE OF IMMUNIZATION STATUS

CERTIFICADO DE ESTADO DE INMUNIZACIÓN

La ley estatal de Washington (RCW 28A.210.160) requiere que todos los niños tengan un Certificado de Estado de Inmunización completo en los registros de la escuela, pre-escuela o instalación de guardería a la que asisten. Una tabla que muestra que vacunas y cuándo deben ser aplicadas está impresa en el reverso de este formulario.

Apellido del niño	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
			F M	
Nombre del padre/tutor		Teléfono durante el día		

Inmunización	Tipo de Vacuna	Dosis	Fecha aplicada		
			Mes	Día	Año
DTaP/DTP/ -DT/Td <small>(Difteria, Tétano, Pertusis {Tos Convulsiva})</small>		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
POLIO <small>(OPV por via oral, IPV por inyección)</small>		1			
		2			
		3			
		4			
HIB <small>Influenza Hemofilica tipo B</small>		1			
		2			
		3			
		4			

Inmunización	Tipo de Vacuna	Dosis	Fecha aplicada		
			Mes	Día	Año
MMR <small>(Sarampión, Paperas & Rubéola)</small>	MMR	1			
	MMR	2			
	MMR				
	Sarampión				
	Paperas				
	Rubéola				
HEP B - HBV <small>(Hepatitis B)</small>		1			
		2			
		3			
OTRA VACUNA					

➔ Certifico que la información proporcionada aquí es correcta y verificable. ➔

X _____ Fecha: _____
Firma del padre o tutor

